

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

No 340

POUR LE

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André BRION

Externe des Hôpitaux

Né le 13 Septembre 1900, à Meaux (Seine-et-Marne)

Du Traitement chirurgical
de certains Lupus tuberculeux de la Peau

Président : M. le Professeur E. JEANSELME

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1928

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT en MEDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André BRION

Externe des Hôpitaux

Né le 13 Septembre 1900, à Meaux (Seine-et-Marne)

Du Traitement chirurgical de certains Lupus tuberculeux de la Peau

Président : M. le Professeur E. JEANSELME

PARIS
LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1 9 2 8

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie.....	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	ROGER
Physique médicale.....	STROHL
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	SICARD
Pathologie chirurgicale.....	LECENE
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	N.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique.....	LOEPER
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
	CARNOT
Clinique médicale.....	BEZANCON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique urologique.....	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.....	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SEBILEAU
Clinique propédeutique.....	DUVAL
Professeur sans chaire.....	SERGEANT
	BRANCA

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	CHIRAY.....	Pathologie médicale
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CLERC.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.	DEBRE.....	Hygiène.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	I. DE JONG.....	Anatomie pathologique.
BINET.....	Physiologie.	DOGNON.....	Physique.
BLANCHETIERE.....	Chimie biologique.	DONZELO.....	Pathologie médical.
BROCO.....	Pathologie chirurgicale.	DUVOIR.....	Médecine légale.
BRULE.....	Pathologie médicale.	ÉCAILLE.....	Obstétrique.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.	FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.	GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
CHAMPY.....	Histologie.	GATELLIER.....	Pathologie chirurgicale.

MM

HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie..
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL ..	Obstétrique .
LHERMITTE....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale
RICHET, Fils..	Physiologie.
ZEZARY.....	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur).....
	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophtalmologie
VERNE.....	Histologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERRER ...	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.

ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale
LE LORIER....	Clinique obstétricale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.

MM.

LERI.....	Clinique médicale.
MOCQUOT... ..	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
VILLARET... ..	Clinique médicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR A. LOUSTE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui m'inspira ce travail et
m'aïda de ses utiles conseils.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR WIDAL

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY

Externat

1922. M. LE DOCTEUR ARROU

1923. M. LE DOCTEUR MICHEL

1924. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET

1925. M. LE PROFESSEUR VAQUEZ

1926. M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

1926. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. RICHET

1927. M. LE DOCTEUR LOUSTE.

A M. LE DOCTEUR THIBAUT

Assistant de l'hôpital Saint-Louis

INTRODUCTION

La question du traitement du lupus tuberculeux de la peau est à l'ordre du jour : c'est qu'il existe de nombreux moyens thérapeutiques, mais qu'il n'y a pas — actuellement — parmi eux, d'agent spécifique d'action évidente et efficace.

Il en est de deux sortes :

les Méthodes Internes ou Générales, qui se rattachent à la sérothérapie, à la vaccinothérapie, ou à la chimiothérapie.

Les Méthodes Externes ou Locales, qui utilisent l'action des agents physiques ou des caustiques chimiques, ou encore qui emploient les procédés sanglants.

Aucune d'elles n'a pu donner — à ce jour — des résultats constants.

Cependant, parmi elles, si quelques-unes sont vraiment insuffisantes, il en est d'autres dont les échecs et les récidives nous paraissent très rares. C'est que beaucoup de ces moyens thérapeutiques ne sont applicables que dans certaines conditions et que pour certaines formes cliniques particulières.

Dans les cas de lupus tuberculeux de taille petite et

moyenne, nous avons vu employer journellement, à la polyclinique Hillairet, dans le Service de notre Maître, M. LOUSTE, l'exérèse chirurgicale pure et simple, avec suture immédiate des bords.

C'est une méthode simple, rapide, dont les résultats nous ont toujours paru excellents : les récidives sont exceptionnelles, et les cicatrices presque toujours parfaites, respectant l'aspect extérieur et l'esthétique de la région.

Aussi, nous sommes étonnés que cette méthode déjà ancienne soit délaissée de plus en plus dans de nombreux services de Dermatologie, et qu'une place aussi restreinte y soit réservée injustement dans la littérature médicale.

Nous passerons rapidement en revue la plupart des nombreuses méthodes internes et externes de traitement du lupus. Nous montrerons brièvement leurs inconvénients.

Puis, nous nous étendrons plus longuement sur les méthodes chirurgicales, et, en particulier, sur l'exérèse pure et simple, telle qu'elle est pratiquée à la polyclinique Hillairet.

Et nous indiquerons les avantages nombreux d'une méthode trop méconnue, et pourtant susceptible de rendre de grands services, dans tous les cas où son application est possible.

MÉTHODES INTERNES

Le but à atteindre par ces méthodes est de trouver la substance à injecter, susceptible de modifier le tissu lupique, et de le transformer en tissu de sclérose.

Ces recherches se sont inspirées des méthodes de traitement de la tuberculose en général et furent dirigées dans le même sens. Elles furent dirigées d'une part vers la sérothérapie et la vaccinothérapie, d'autre part vers la chimiothérapie.

Elles n'ont pas été, jusqu'à présent, décisives, et il n'est pas encore, à ce jour, d'agent spécifique dont l'action soit évidente et efficace.

Le traitement par la *tuberculine* a provoqué, à son début, des accidents graves. Actuellement, quoique d'un maniement plus commode, elle doit être employée encore avec prudence.

Beaucoup d'auteurs, d'ailleurs, l'utilisent seulement dans les tuberculoses atténuées — érythème induré, tuberculides —, mais ne l'emploient pas pour le traitement des lupus.

Les médicaments chimiques ont été beaucoup expérimentés.

Parmi eux, JACOBSON a employé l'*éther benzyl cinnamique*. Ce corps ne donne pas de résultats satisfaisants, s'il est employé seul : son action ne paraît pas être assez efficace, pour scléroser un lupus.

Mais il est reconnu qu'il facilite l'action des traitements locaux : il serait un bon adjuvant, et aurait une certaine influence sur l'état général. Certains associent à une autre méthode, un traitement de fond par l'*éther benzyl cinnamique*.

Il doit être employé avec prudence, s'il existe des lésions pulmonaires.

Les *sels d'or* ont été expérimentés récemment. Certains, tripal, krysolgan, sanocrysine, utilisés en Allemagne dans la thérapeutique des tuberculoses cutanées, ont dû être rapidement abandonnés, en raison de leur toxicité.

Le Professeur JEANSELME a employé, dans son service, la crisalbine, sel double d'or et de sodium. Il a noté également des phénomènes d'intolérance pour ce médicament introduit dans l'organisme par voie veineuse. Ce sont de la fièvre, de la céphalée, de la diarrhée, des éruptions cutanées érythémateuses et prurigineuses, variables suivant la susceptibilité du sujet, et surtout si la dose dépasse 0 gr. 50. Cette médication n'est pas au point. Et JAUSION attire l'attention sur la possibilité d'accidents graves ; il a signalé un cas d'érythrodermie généralisée mortelle.

D'ailleurs, si un cas unique de guérison a été obtenu par la crisalbine seule, quelques-uns ont été améliorés, mais beaucoup sont restés sans modification.

Récemment, d'autres agents médicamenteux ont été préconisés par Albert FROUIN, et depuis par GRENET. Ce sont les *terres rares*. On utilise notamment les sels de néodyme et de praséodyme. Ces sels ont une action, *in vitro*, sur le développement en culture du bacille tuberculeux. En injection à 0 gr. 10 p. 100, on obtient des effets favorables, dans certains cas.

Enfin, il est un danger grave et commun à toutes ces méthodes par voie interne ; c'est que, employées chez des porteurs de tuberculose cutanée, elles peuvent influencer sur l'évolution de la tuberculose en lui donnant un coup de fouet, et en réveillant des foyers latents pulmonaires.

En résumé, la médication interne du lupus a toujours donné, jusqu'à ce jour, des résultats insuffisants. Mais par contre, c'est une méthode qui peut être dangereuse, soit par les réactions générales qu'elle est susceptible de provoquer, soit par l'intolérance de l'organisme à ces médicaments, et qui peut se traduire parfois par des accidents graves.

Toutefois, si ces méthodes internes ne nous paraissent pas — actuellement — susceptibles de provoquer, par leur seule action, la guérison complète des lupus, du moins, un traitement général nous semble indispensable, comme adjuvant de toute thérapeutique, quelle qu'elle soit.

Tout lupus doit être considéré comme évoluant sur un terrain tuberculeux, et traité comme tel. Une médication antituberculeuse devra être instituée. Elle aura pour base :

une bonne hygiène générale du sujet,
une large aération, avec une vie au grand air, de préférence,

un régime alimentaire suffisant et bien compris,
un traitement reconstituant, par l'huile de foie de morue à assez fortes doses, ou par des arsénicaux, ou des préparations iodées.

En même temps, on conseillera au malade, des séances d'héliothérapie et on le fera bénéficier des bains généraux de rayons ultra-violets.

MÉTHODES EXTERNES

Elles sont également très nombreuses.

A côté des méthodes déjà anciennes, cette thérapeutique du lupus s'est peu à peu enrichie de presque toutes les nouveautés scientifiques introduites dans la thérapeutique générale. Et successivement, on a voulu voir en chacun de ces moyens physiques, le véritable traitement curatif du lupus.

Là encore, leur nombre et leur variété font prévoir l'inefficacité de beaucoup d'entre eux.

Cependant le principe de ce mode de traitement nous semble plus actif que tout autre : le lupus vulgaire est considéré comme une tuberculose cutanée chirurgicale; et de ce fait, il doit être traité soit par la destruction, soit par l'ablation.

Mais pour atteindre ce but, l'agent thérapeutique doit pénétrer jusqu'aux foyers profonds pour les détruire complètement. Sinon, tôt ou tard, ceux-ci reviennent émerger à la surface et seront le point de départ de récides : c'est donc cette destruction de foyers profonds que doit viser toute méthode externe de traitement.

Nous rangerons ces nombreuses méthodes externes de traitement suivant deux groupes bien différents :

L'un comprend les traitements purement chirurgicaux, qui consistent en l'ablation du lupus par le bistouri. Seule, la technique diffère suivant chacun d'eux.

L'autre groupe englobe tout un ensemble de méthodes non chirurgicales, beaucoup plus nombreuses, plus variées aussi, depuis les procédés anciens comme le râclage et les scarifications, jusqu'aux applications des agents physiques tels que le radium, l'électricité, ou les rayons ultra-violets.

I

PROCÉDÉS NON CHIRURGICAUX

Tous ne sont pas également efficaces. Il en est qui donnent de bons résultats. Parmi eux, certains, à cause de leurs inconvénients, devront être choisis avec prudence et pour certains cas déterminés.

Il en est d'autres, au contraire, qui se sont montrés absolument insuffisants.

Dans nos observations, réunies dans un chapitre suivant, on verra que beaucoup de nos malades, avant d'être définitivement guéris par l'exérèse chirurgicale, avaient été traités par différentes méthodes physiques, sans qu'on ait pu constater aucune amélioration. Certains, ayant perdu un temps précieux en soins insuffisants, ont réclamé d'eux-même, une méthode de traitement plus énergique.

De ces procédés si nombreux, nous citerons les principaux.

Le *raclage* est une des plus anciennes méthodes. C'est un procédé rapide, mais il est très douloureux. Et il ne se suffit pas à lui-même. On doit toujours lui combiner la cautérisation des surfaces cruentées, soit au thermocautère, soit plus fréquemment avec des *caustiques chimiques* ; les plus employés de ces derniers sont le permanganate de potasse, le beurre d'antimoine, l'acide arsénieux.

Ces traitements très pénibles présentent des inconvénients. Ils déterminent à chaque application des réactions locales extrêmement vives : œdème et rougeur de toute la région. Ils exposent à des cicatrices assez déplaisantes, à des chéloïdes : c'est une méthode à éviter pour les lupus de la face.

Et surtout, les récidives sont fréquentes.

Les *cautérisations ignées* sont une mauvaise méthode.

Le galvanocautère est insuffisant ; tout au plus, on peut l'appliquer pour la destruction de petits lupômes isolés et superficiels.

Pour les lupus, il faut employer le thermocautère, mais à large couteau. Et il est nécessaire d'entrer profondément dans les tissus. Mais cette destruction brutale provoque une perte de substance étendue, qui est suivie d'une guérison lente et de cicatrices rétractives et inesthétiques.

C'est une méthode à n'employer sur les régions

découvertes, en particulier au visage, qu'avec les plus grands ménagements.

Les *scarifications linéaires*, préconisées par VIDAL, doivent être faites suivant des règles bien établies par BROCC.

Elles exigent des mains expertes de l'opérateur, qui doit présenter une grande habileté et avoir beaucoup d'entraînement.

Par ce procédé, on obtient assez facilement la chute des masses bourgeonnantes, mais on se heurte souvent au lipôme enchâssé dans sa gaine de sclérose et qui est inexpugnable, malgré de nombreuses séances hebdomadaires.

Cependant, si on bénéficie de beaucoup de temps, si on pratique des scarifications suffisamment profondes, et qu'on les complète par des applications de substances caustiques, on peut obtenir des guérisons, avec des résultats esthétiques souvent supérieurs.

Elles peuvent rendre de grands services, notamment, pour les lupus situés au niveau des orifices du nez.

Il est nécessaire, toutefois, de surveiller les cicatrices, pendant longtemps, tous les trois ou six mois.

La *Cryothérapie*, l'*Air chaud*, employés seuls, donnent des résultats très infidèles, pour la plupart très imparfaits et esthétiquement médiocres. L'une et l'autre sont à abandonner.

La première présente seulement quelque utilité, comme méthode de complément, pour détruire de rares petits

lupômes superficiels récidivants, ou pour assouplir une cicatrice indurée.

La *Radiothérapie*, au début de son emploi, a donné des résultats déplorables. Si elle est employée seule, à moins d'aller jusqu'à l'apparition d'une radiodermite, elle est incapable d'amener une guérison durable. Et la cicatrice est laide, scléreuse, pigmentée, inacceptable quand elle siège au visage. Actuellement, son emploi se réduit à détruire quelques nodules lupiques, à provoquer la chute des squames, à diminuer la rougeur de l'infiltration, en un mot, à préparer une lésion pour l'application d'une autre méthode.

Mais, à elle seule, elle ne guérit pas un lupus.

Le *Radium* n'a pas d'action élective sur le tubercule lupique, élément caractéristique du lupus.

Tout au plus, dans certaines formes de cette affection, il peut modifier l'aspect des lésions.

Pour le lupus plan, il ne donne que des résultats médiocres.

Pour le lupus ulcéré, pour le lupus bourgeonnant, les résultats sont plus rapides, mais tout à fait incomplets. Tous les nodules lupiques ne sont pas détruits, et il est nécessaire d'employer d'autres procédés pour les faire disparaître.

De l'avis même de MM. DEGRAIS et BELOT, « souvent subsistent, après le traitement, de place en place, enchâssés dans le tissu cicatriciel, des petits points lupiques restés insensibles aux radiations. »

C'est la preuve de l'insuffisance de cette méthode.

L'*Electrolyse* peut jouer un rôle, dans la combinaison de plusieurs traitements ; elle donne d'assez bons résultats, comme méthode de complément. Encore, faut-il avoir affaire à de petits lupômes isolés.

Les cicatrices qu'elle laisse ne sont pas toujours très esthétiques.

La *Diathermie* est une méthode beaucoup plus radicale.

Elle agit rapidement sur le tissu lupique, qu'elle détruit sûrement.

Seulement, le temps de cicatrisation est relativement long et est au moins de quelques semaines. Et surtout, ces cicatrices sont souvent profondes, déterminant des rétractions déplaisantes. Dans certains cas cependant, lupus des narines, lupus du pavillon de l'oreille, où l'application d'aucune autre méthode n'est possible, le meilleur traitement est, avec les scarifications, la diathermie. Après cicatrisation, des autoplasties bien menées donnent des résultats esthétiques, très satisfaisants.

La *Finzenthérapie* est une des meilleures méthodes.

Les statistiques donnent un pourcentage élevé de guérisons. Les récidives sont rares.

Les cicatrices sont souples, planes, presque invisibles. et les résultats esthétiques sont difficilement égalables. Ce serait donc une arme thérapeutique précieuse.

Malheureusement, la durée du traitement est très longue et se compte par année. Il n'est pas rare de voir des lupiques ayant subi 2 et 300 séances. Il est évident que

cette méthode est difficilement applicable aux malades dont les conditions sociales exigent une thérapeutique rapide.

Cette méthode nécessite un appareillage coûteux, utilisable seulement à l'hôpital ou dans une clinique, et surveillé par un personnel bien dressé. C'est dire qu'il faut renoncer actuellement à son application dans les campagnes éloignées de tout centre perfectionné.

Enfin, les lupiques ne peuvent pas tous bénéficier de la finzenthérapie.

Les cas les plus favorables sont les lupus superficiels et peu étendus.

Les lupus très anciens, les lupus hypertrophiques, les lupus vorax sont quelquefois améliorés, jamais guéris.

Il en est de même des lupus traités antérieurement par d'autres méthodes et présentant du tissu scléreux interceptant les rayons.

On lira, dans notre observation XXVIII, l'histoire clinique d'un malade présentant plusieurs lupus à la face et à la région cervicale, et soigné longtemps à Copenhague par la finzenthérapie : quelques-uns guérirent ; celui du cou, malgré de nombreuses applications, resta insensible à l'action des rayons, et dut être enlevé chirurgicalement. De retour en France, le malade vint consulter dans le service de M. Louste et demanda, de lui-même, l'ablation par le bistouri, d'un dernier lupus de la joue.

II

PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

Chacune de ces méthodes chirurgicales ne s'applique pas à tous les lupus en général.

Nous les étudierons, en passant en revue successivement les différents lupus, suivant leur étendue, leur siège et leur localisation.

Et nous dirons, pour chaque cas, quelles sont celles qui nous semblent les préférables.

Nous considérerons successivement :

les lupus de taille petite et moyenne,

les grands lupus.

les lupus siégeant sur les paupières, ou au niveau des orifices du nez, ou sur le pavillon de l'oreille.

I

Lupus de taille petite et moyenne

A notre avis, le traitement de choix est l'exérèse pure et simple, avec suture immédiate des bords et réunion par première intention.

C'est une procédé ancien. Il n'est pas dans notre but de faire ici l'historique de cette méthode. Notre intention est plutôt de nous étendre plus particulièrement sur sa technique, ses avantages et ses indications.

Qu'il nous suffise de mentionner que le principe en fut déjà appliqué par WOLKMANN, en 1870. Cet auteur,

après anesthésie au chloroforme, grattait jusqu'à l'enlèvement complet, l'infiltration lupique, avec des cuillers d'acier tranchantes.

Plus tard, NÉLATON modifia quelque peu la technique que MORESTIN perfectionna ensuite.

Mais à cette méthode, d'abord très employée, on reprocha peu à peu, comme à toutes les méthodes chirurgicales en général, des guérisons insuffisantes et des récidi-
ves trop fréquentes.

Elle fut alors de plus en plus délaissée pour d'autres traitements plus modernes, pour la plupart basés sur l'action des agents physiques. Nous avons vu déjà que ceux-ci souffrent du même reproche : disparition incomplète ou réapparition, à plus ou moins grande échéance, de lupômes récidivants.

Ces faits prouvent bien qu'il n'existe pas de traitement spécifique du lupus. Seule, la rareté de ces récidi-
ves est variable suivant la méthode employée. Et nos observations prouvent qu'elles sont exceptionnelles avec la pratique de l'exérèse pure et simple.

D'ailleurs de nombreux dermatologistes l'indiquent comme technique de choix, pour les lupus de petite taille.

BROcq fait de « l'ablation totale avec réunion par première intention, le procédé de choix, celui qu'il faut préférer à tout autre, quand cela est possible ».

DUBREUILH, de Bordeaux, est également catégorique : « L'exérèse est la méthode de choix, toutes les fois qu'elle est possible et qu'on peut enlever la totalité des tissus malades : un petit lupus doit toujours être excisé, et

les grands doivent l'être, quand il est possible de le faire complètement ».

LEREDDE écrit : « L'ablation chirurgicale est la plus rapide de toutes et une des plus précieuses. Toutes les fois qu'un lupus tuberculeux est assez peu étendu pour qu'on puisse obtenir la réunion par première intention, sans déformation du masque, il y a lieu de l'enlever chirurgicalement ».

C'est également l'avis du docteur FRANÇOIS, d'Anvers.

C'est la méthode employée le plus couramment à Copenhague, en dehors de la finzenthérapie.

Enfin, c'est par elle que sont traités journellement, tous les lupus de taille petite ou moyenne, dans le Service de M. LOUSTE, où nous avons pu ainsi recueillir toutes nos observations.

Cependant cette méthode n'est pas à l'abri de toute critique.

M. RAVAUT s'exprime ainsi : « l'ablation semblerait la méthode de choix, mais je n'en suis pas partisan..., surtout parce qu'elle permet l'évasion dans le torrent circulatoire, de bacilles susceptibles de provoquer la généralisation de la tuberculose ».

Cette objection s'adresse à toutes les méthodes chirurgicales et même au traitement par le râclage ou les scarifications, en un mot à toutes les méthodes sanglantes.

C'est une hypothèse bien séduisante, mais qui ne nous paraît pas confirmer l'observation des faits.

Parmi nos trente malades, nous n'avons jamais constaté cette complication à la suite d'une intervention.

Parmi les siens, M. MOURE n'en mentionne pas non

plus. M. DUCOURTIOUX relève, dans sa thèse, un cas de granulie après exérèse, mais elle fut faite pour une tuberculose verruqueuse.

Il faut tenir compte que le lupus vulgaire n'est pas tout à fait comparable aux autres tuberculoses cutanées virulentes, et en particulier la tuberculose verruqueuse.

Il se peut que les bacilles y soient moins nocifs. En tous cas, il y sont beaucoup plus rares.

La propagation du bacille, chez un lupique, peut également s'observer en l'absence de toute intervention locale. On ne saurait donc mettre sur le compte d'une méthode chirurgicale locale, une généralisation causée plus vraisemblablement par une lésion viscérale antérieure à l'intervention.

Et nous croyons qu'il faut les considérer, non comme un effet du traitement, mais bien plutôt comme l'évolution naturelle d'une infection particulièrement virulente, sur un sujet dont l'organisme est en état de moindre résistance.

Et cette constatation nous conduit à confirmer ce que nous avons déjà écrit précédemment : à côté des procédés chirurgicaux purement locaux, il nous paraît indispensable d'avoir recours à une médication générale anti-tuberculeuse, à la récalcification, à l'hygiène du tuberculeux et à tous les moyens physiques dont nous disposons, héliothérapie, bains généraux de rayons ultra-violets.

La technique opératoire de l'exérèse pure et simple, telle qu'elle appliquée par M. THIBAUT, dans le service de M. LOUSTE, est des plus simples.

Tout médecin praticien, s'il a un peu l'habitude de la petite chirurgie, peut l'employer avec succès.

a) *Anesthésie*. — L'anesthésie locale à la novocaïne est suffisante. L'anesthésie générale est inutile, sauf dans quelques cas rares, par exemple chez certains enfants qui, en s'agitant, rendent les manœuvres plus délicates et compromettent ainsi les résultats de l'intervention.

b) *Incision*. — Elle se fait en ellipse. Elle doit bien circonscrire le foyer lupique, et son tracé doit être situé entièrement en tissu sain. En même temps que le lupus, il est nécessaire d'enlever une bande de 3 à 4 millimètres de peau saine.

On incise nettement avec une lame bien coupante, en insistant particulièrement sur les extrémités qui doivent être complètement décollées de la peau avoisinante, pour être prises par la pince à griffes.

Lorsque la pince à griffes a accroché un des bouts du lambeau, et le relève suffisamment, la lame du bistouri est placée dessous et jouant facilement dans le tissu graisseux, détache le foyer morbide en le rabattant vers l'autre extrémité. On a soin, au cours de cette manœuvre, d'enlever une bonne épaisseur de tissus graisseux hypodermiques.

L'aspect de la plaie opératoire est ovalaire. Ses bords doivent être réguliers et symétriques, pour obtenir une suture linéaire.

L'hémostase se fait d'elle-même ; sinon une légère compression suffit, presque toujours, à arrêter l'hémor-

ragie. Si quelques petites artérioles sont sectionnées, on les tire-bouchonne avec une pince à forcipressure. S'il existe un suintement en nappe, il est prudent de placer un bouquet de crins pour permettre le drainage ; on le retire au bout de deux ou trois jours. De cette façon, on évite un hématome, susceptible par la suite de faire sauter la suture.

c) *Suture*. — On saisit chacune des extrémités de la plaie avec une pince à forcipressure, et on fait exercer sur elles une légère traction pour tendre et affronter les bords. On pratique alors des points séparés avec un fil de soie fine, des aiguilles également très fines, et tout en bordure des lèvres. On a ainsi des traces d'autant moins apparentes.

Si, par suite de la résection d'un lambeau très important, les bords sont très éloignés l'un de l'autre, on facilite leur coaptation par un décollement au bistouri et un glissement du tissu sous-jacent.

Si, par suite d'une plaie opératoire trop large, les lèvres sont coupées par le fil, surtout à la partie médiane, il se forme une petite surface cruentée, qui d'ailleurs se cicatrice très rapidement.

Si, un lupus étant de taille relativement grande, son exérèse a provoqué un peu de tiraillement sur les régions avoisinantes, et une légère asymétrie faciale, il ne faut pas en exagérer l'importance : elles s'atténueront par la suite et deviendront presque négligeables.

Dans d'autres cas, l'ablation d'un lupus peut provo-

quer la suppression des rides, particulièrement quand il siège sur le front.

d) *Soins post-opératoires.* — Après l'intervention, on met un pansement compressif pendant vingt-quatre heures. Puis on le remplace par une compresse et un leucoplaste perforé, que l'on renouvellera deux à trois fois.

Au bout de huit jours les fils sont enlevés, et le malade peut être considéré comme guéri.

On aura soin de le revoir tous les deux ou trois mois, pour surveiller la cicatrice.

Il est bien évident que, s'il s'agit d'un lupus des membres inférieurs, le malade restera allongé pendant quelques jours. Si c'est un lupus du bras, on immobilisera également le membre.

Au niveau de la région cervicale, on surveillera la suture avec beaucoup d'attention, car elle peut craquer avec facilité en raison des mouvements de grande amplitude qui se passent à ce niveau.

Si l'intervention siège au niveau de la région péri-buccale, en particulier sur les lèvres, le malade devra avoir recours à l'alimentation liquide pendant quelques jours.

e) *Cicatrice.* — Très rapidement après l'intervention, la cicatrice est, en général, très satisfaisante, constituée par une étroite bande de tissu blanchâtre à peine visible, et parfaitement souple, dont la largeur ne dépasse pas un à deux millimètres.

Il peut se faire parfois que cette cicatrice soit légèrement indurée et un peu saillante ; elle s'assouplira par

la suite, spontanément. Sinon, on fera disparaître cette induration par quelques applications de neige carbonique.

Il est exceptionnel qu'une chéloïde se constitue à la suite de cette intervention. Si cependant une telle éventualité se produisait, quelques séances de radiothérapie ou de préférence, de cryothérapie suffiraient à la faire disparaître.

f) *Récidive*. — Cette complication est exceptionnelle, si l'opération a été bien faite, si le tissu lupique a été enlevé entièrement, largement et avec tous les soins désirables.

M. THIBAUT conseille de s'entourer des plus grandes précautions au cours de l'intervention, de ne pas toucher le lupus avec le bistouri, d'enlever avec lui une bande de peau saine et de trois à quatre millimètres et une bonne épaisseur des tissus graisseux hypodermiques, en résumé « de prendre les mêmes précautions que si l'on pratiquait l'extirpation d'une tumeur ».

Pour pouvoir juger de la valeur d'une méthode thérapeutique, il faut tenir compte des cas suivis régulièrement, et c'est par ceux-là qu'on peut être exactement fixé au point de vue récidive.

Dans ce but, nous avons recueilli trente observations de malades traités par M. THIBAUT, à la polyclinique Hilairet, et que nous publions plus loin.

Leur lecture appelle un certain nombre de réflexions.

Tout d'abord, il faut remarquer l'absence à peu près

complète de récides. Sur 30 cas, 29 sont restés guéris définitivement.

Or, presque tous ont été suivis régulièrement depuis le jour de l'exérèse, jusqu'à maintenant. Et les premières interventions remontent à six ans. D'ailleurs, les dates de ces opérations s'échelonnent de la façon suivante :

Exérèses datant de 6 ans	2
— de 4 à 4 ans $\frac{1}{2}$	5
— de 3 à 3 ans $\frac{1}{2}$	3
— de plus de 2 ans	2
— de 2 ans	4
— de 1 an $\frac{1}{2}$	3
— de 1 an	4
— de plus de 6 mois	3
— de 5 mois	3

Nous avons eu l'occasion de rencontrer une ancienne lupique, dont malheureusement nous n'avons pas pu retrouver l'observation, qui fut traitée par MORESTIN, en 1918, par l'exérèse pure et simple. Actuellement, au bout de 10 ans, la cicatrice est parfaite, et n'a présenté, à aucun moment, la moindre récide.

Les deux premiers cas (obs. I et II), opérés il y a 6 ans, ont été suivis régulièrement pendant 4 ans, puis ils n'ont plus reparu.

Les malades des observations VII et XIX n'ont pu être suivis que pendant 4 mois.

Vraisemblablement, ces malades, s'ils avaient présenté des récides, seraient revenus se faire soigner.

Le seul cas (obs. XII), où des lupômes ont réapparu après l'exérèse, et qui furent d'ailleurs rapidement et

définitivement détruits dans la suite par le galvano-cautère, est celui d'une enfant de 9 ans. La petite malade, impressionnée et nerveuse, s'étant débattue, l'intervention s'est faite dans de mauvaises conditions.

Et ce cas nous montre la grande importance des soins et des précautions à prendre au cours de l'acte opératoire.

Il est également à remarquer que, parmi ces observations, il est de nombreux malades qui, avant d'être opérés, ont été traités en vain pendant des années, par des méthodes les plus variées, et qui actuellement sont définitivement guéris depuis l'ablation chirurgicale de leurs lupres (obs. III, IV, V, IX, XV, XXV, XVIII, XXIX, XXX).

Toutes ces différentes constatations semblent prouver que l'exérèse est une bonne méthode de traitement et est préférable à beaucoup d'autres.

AVANTAGES

I. — Aucun appareillage onéreux, aucune connaissance spéciale ne sont nécessaires à l'opérateur. Cette méthode peut être appliquée en tout lieu, à la campagne comme à la ville, et par tout médecin un peu exercé à la pratique de la petite chirurgie.

Ce n'est pas le cas, pour la plupart des autres traitements qui nécessitent ou bien une technique du domaine exclusif de la chirurgie, ou bien des appareils minutieux, une installation coûteuse et souvent compliquée, utilisable seulement par le spécialiste.

II. — L'ablation chirurgicale est la méthode la plus rapide de toutes, et pour cela, une des plus précieuses.

C'est un réel avantage pour la nombreuse clientèle d'hôpital à qui il est souvent difficile de retrancher sur ses heures de travail, plusieurs matinées par semaine, pour suivre un traitement.

Alors qu'un traitement interne exige des séries de piqûres qui durent des semaines et des mois, alors que la plupart des méthodes externes nécessitent des séances bi-hebdomadaires pendant longtemps, alors que la finzenthérapie astreint les malades à des mois et des années de traitement, l'exérèse du lupus dure quelques minutes, et les soins post-opératoires n'excèdent pas huit jours.

Encore, le malade n'est pas obligé à un pansement quotidien.

C'est donc une méthode qui s'impose en raison de l'économie considérable qu'elle permet de réaliser sur le temps nécessaire à la guérison.

III. — On doit choisir une méthode qui permette de respecter l'aspect extérieur et l'esthétique normale de la région.

Les quelques photographies, que nous publions, montrent les heureux résultats esthétiques de cette intervention.

Ils sont bien supérieurs à l'exérèse suivie de greffes : une cicatrice linéaire, souple, même très étendue est préférable à une « pastille » blanche contrastant avec la peau du visage. Nous avons pu, d'ailleurs, comparer les résultats des deux méthodes, sur une même malade (obs. XXVI) : En raison du siège particulier du lupus, l'opé-

rateur, craignant une rétraction dangereuse, avait, après exérèse, mis un greffon sur une moitié de la plaie ; l'autre moitié fut laissée à elle-même, la suture des bords étant impossible. Actuellement, la malade étant guérie, le greffon, de coloration blanchâtre, contraste avec la peau avoisinante ; l'autre partie de la plaie, comblée par une véritable reconstitution épidermique est à peine visible.

« Les résultats esthétiques — dit LEREDDE — sont parfaits, lorsque la réunion par première intention a pu être faite. Lorsqu'on fait des greffes, l'aspect extérieur est toujours peu satisfaisant : le malade porte toujours les marques, nettement visibles de l'opération ».

L'ablation chirurgicale s'impose donc comme méthode de traitement, quand il s'agit de lupus de la face, surtout chez les personnes jeunes, qui ont besoin pour leur profession ou pour leurs relations mondaines, d'avoir le minimum possible de cicatrices.

IV. — Enfin, nous avons montré, à l'aide de nombreuses observations, ce qu'il fallait penser de la crainte exagérée de la récurrence, et quels étaient les soins nécessaires pour la réduire au minimum. C'est d'ailleurs une méthode qui n'a pas la prétention d'avoir supprimé les récurrences. Cette complication peut se produire avec toutes les méthodes quelles qu'elles soient. Mais elle est vraiment exceptionnelle avec l'exérèse pratiquée d'une façon convenable.

Si, en tout cas, elle se produit dans la cicatrice, il n'est

pas plus difficile de la détruire pas une nouvelle exérèse, ou par le galvanocautère.

« On semble trop méconnaître les résultats que donnent les anciennes méthodes — dit Brocq — l'extirpation dans les petits lupus donne des cicatrices très belles et des guérisons radicales ».

Elle s'impose donc encore parce qu'elle permet de guérir définitivement, radicalement et en quelques jours les lupus qui par d'autres méthodes ne guériront qu'après des mois ou des années de traitement, et encore d'une façon incertaine.

Tout ce qui précède s'applique également à l'exérèse des lupus de taille moyenne.

Il existe cependant un inconvénient, dont il ne faut pas toutefois s'exagérer l'importance : la suture des bords, quand le lambeau cutané est assez grand, s'accompagne souvent, dans les jours qui suivent, d'un peu de déviation de la face. Il faut savoir que cette déformation disparaît peu à peu pour devenir presque négligeable.

Plusieurs lupus de taille relativement grande furent opérés à la polyclinique Hillairet (Obs. XV, XXVII, XXVIII). Tous guériront avec une cicatrice en bon état et sans que persiste la moindre assymétrie du visage.

Quels que soient les avantages de cette méthode, plusieurs auteurs, en particuliers des chirurgiens, se sont cependant employés à modifier la technique de l'exérèse, dans le but de diminuer encore la fréquence de ces récidives.

Dans sa communication à la Société de Dermatologie en 1924, M. MOURE, décrivant sa méthode, la recom-

mande « par la rapidité de son exécution qui n'excède pas trois à quatre semaines, par la qualité de sa guérison, car les récidives sont exceptionnelles, et enfin par le résultat esthétique de la cicatrice. »

Sa technique opératoire peut se décomposer ainsi : dans une première opération : excision large et circulaire du tissu lupique, suivie de pansements à plat, très soignés et quotidiens, pendant quinze à vingt jours ;

dans une deuxième opération, mise en place d'un greffon, que l'on devra surveiller les jours suivants.

L'innovation de la méthode réside en ce fait, qu'elle laisse une vingtaine de jours entre l'exérèse et la pose du greffon. De cette façon, la plaie restée largement ouverte pendant tout ce temps, laisse exsuder de la sérosité, qui doit contribuer à éliminer les bacilles qui pourraient demeurer dans la plaie ou dans le voisinage.

Les résultats opératoires, au point de vue des récidives, semblent avoir été tout à fait satisfaisants. Si, dans quelques cas rares, des petits points rouges suspects ont apparu au bout de quelques mois, il semblent bien dus à un défaut de technique au cours de l'anesthésie. Tous les autres opérés sont restés guéris, sans récidive, depuis trois et quatre ans.

Si l'on compare les observations des malades opérés à la polyclinique Hillairet, par M. THIBAUT, avec celles qu'a publié M. MOURE, dans la thèse de son élève M. Max CULGER, on constate, que sur un nombre équivalent de lupiques — une trentaine environ — les résultats sont sensiblement les mêmes : les suites opératoires furent, en

général, excellentes dans l'une comme dans l'autre méthode.

Donc les deux techniques se valent, mais à ce seul point de vue, seulement.

En effet, les résultats esthétiques sont beaucoup plus discutables. C'est l'opinion de BROCC : « Quand on greffe sur la figure, de la peau prise sur une autre région du corps, on n'a que des résultats esthétiques un peu inférieurs, car la peau du visage est totalement différente comme aspect de celle des autres régions du corps. Ainsi, ces malades ont une pastille jaune sur la figure ».

De fait, de tels malades présentent, à l'emplacement de leur lupus, une zone surélevée, gaufrée, d'une couleur jaune pâle, tranchant vivement sur l'ensemble du visage, qui peut s'atténuer avec le temps, mais qui persiste d'une façon indiscutable.

Et le malade présente deux cicatrices au lieu d'une, au niveau du prélèvement du greffon, et à la place du lupus.

D'autre part, de petits incidents peuvent survenir en cours de traitement, susceptibles d'en fausser les heureux résultats :

Il n'est pas impossible qu'une plaie ouverte et suintante pendant vingt jours, ne s'infecte malgré les pansements quotidiens.

Il se peut que le greffon ne prenne pas.

Dans tous ces cas, la cicatrisation sera retardée, et les résultats esthétiques en seront compromis.

Enfin, cette technique nécessite deux opérations consécutives à trois semaines d'intervalle ; la dernière com-

prend une double intervention : prélèvement, puis mise en place du greffon.

Le malade est astreint à des soins et des pansements quotidiens pendant un mois.

Bref, ce traitement est beaucoup plus compliqué et relativement plus long que la précédente méthode.

Nous estimons donc qu'il n'y a que des désavantages à appliquer cette technique, du moins dans le cas qui nous intéresse actuellement, c'est-à-dire pour les lupus de taille petite et moyenne.

La seule méthode à employer est l'exérèse pure et simple suivie de la suture des bords, à l'exclusion de tous les autres procédés.

II

LUPUS DE GRANDE TAILLE

Les grands lupus peuvent se présenter assez schématiquement sous deux aspects bien différents :

Ceux qui sont constitués par une large étendue de tissu cicatriciel, avec quelques zones en activité.

Ceux qui sont constituées par un ensemble de lupômes disséminés sans ordre.

Là encore, les traitements chirurgicaux sont parfaitement susceptibles d'amener des guérisons radicales. Seulement, il est nécessaire de choisir entre plusieurs techniques celle qui convient le mieux à chacune des formes cliniques.

I. — Dans le premier cas, l'exérèse pure et simple

peu encore se défendre, si la zone en activité n'est pas très étendue.

Mais les résultats opératoires y seront moins satisfaisants que pour les petits lupus.

En effet, il est plus pénible de travailler dans un tissu cicatriciel. La réunion des bords par première intention peut quelquefois être difficilement obtenue ; en tout cas, elle se fera dans de moins bonnes conditions. Et sur un tel terrain, elle n'offrira qu'un aspect médiocre.

Mais les résultats esthétiques deviennent moins importants, quand la suture doit siéger au milieu d'un tissu déjà scléreux, cicatriciel, induré et parfois chéloïde.

La question se pose de savoir si on ne doit pas préférer l'exérèse suivie de greffes, :

Si la zone de lupus en activité est trop étendue pour qu'en soit possible l'ablation simple, la seconde méthode s'impose.

Sinon, nous pensons qu'il n'y a pas avantage à remplacer une cicatrice par un vaste lambeau de peau blanche.

II. — Les cas où les lupômes sont disséminés sur une large étendue, sont certainement les plus défavorables, et les plus difficiles à traiter efficacement, quelle que soit la méthode employée.

L'exérèse pure et simple n'est plus applicable. La réunion des bords y est impossible. Et, dans le cas où on l'obtiendrait, elle provoquerait des tiraillements des tissus et des déviations inadmissibles.

La seule méthode à employer est l'exérèse suivie de greffe.

Mais, l'opérateur a à choisir entre deux techniques .

l'ablation du lupus, suivie de la pose immédiate du greffon dans la même séance,

ou la technique de M. MOURE, c'est-à-dire l'opération en deux temps.

Nous avons dit déjà, ce que nous pensions de cette dernière : elle nous paraît plus compliquée, et elle relativement plus longue. Aussi, nous donnons la préférence à la première technique, puisque elle n'expose pas plus que l'autre, aux récidives.

Pour les lupus localisés aux membres ou situés sur les parties recouvertes du corps, la question du choix de la méthode se résoud plus facilement :

Dans ce cas, la beauté de la cicatrice n'a plus la même importance ; les rétractions, les tiraillements de la peau, dus à une résection trop étendue du tissu ne présentent plus les mêmes inconvénients qu'au visage.

Seule importent la rapidité et l'efficacité du traitement : l'exérèse pure et simple nous semble encore indiquée, toutes les fois que l'étendue du lupus le permet.

III

LUPUS DONT LE SIEGE EST PARTICULIER

1. Lupus de la peau des paupières.

La seule méthode est l'exérèse, après tarsoraphie, suivie immédiatement de la greffe.

Aucune autre méthode ne peut être pratiquée : Toute cicatrice, en effet, déterminerait des réactions plus ou moins étendues. Et il serait alors à craindre, la découverte du globe oculaire et toutes les complications qu'elle comporte.

Nous avons un tel malade, dont l'observation () a été rapportée à la Société de Dermatologie par MM. LOUSTE, THIBAUT et DUPUY-DUTEMPS

Ce dernier pratiqua, après tarsoraphie, l'exérèse suivi de greffe.

Actuellement, la guérison définitive date de deux ans, sans récurrence. Et la fonction de la paupière est tout à fait normale .

2. *Lupus des orifices du nez et du pavillon de l'oreille.*

Aucune méthode chirurgicale n'est possible. Le seul traitement, comme nous l'avons écrit déjà, est la diathermie ou l'électrolyse, suivies d'autoplasties.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Marie-Louise Mon.... 7 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 20 avril 1922.

Lupus de la face postérieure du bras droit, constitué par un placard rouge, infiltré, finement squameux, semé de petits lupômes et de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

24 avril 1922: Examen histologique: dans le derme, deux follicules tuberculeux, présentant un centre en dégénérescence caséuse.

26 avril 1922: Exérèse chirurgicale.

18 août 1922: Bel aspect de la cicatrice.

13 juillet 1926: La mère se refuse à ramener la malade à l'hôpital, mais elle nous fait dire que le bras de l'enfant est en très bon état, et que la cicatrice est parfaite.

OBSERVATION II

Esther Briff.... 48 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 23 mai 1922.

Lupus tuberculeux du front, de la dimension d'un haricot, apparu il y a 10 ans, mais augmentant dans ces derniers temps,

20 mai 1922: Examen histologique: Epiderme aminci; dans le derme, follicule tuberculeux avec centre en voie de caséification, formant une couche très épaisse.

23 mai 1922: Exérèse.

6 juin 1922: Belle cicatrice esthétique, à peine visible dans les plis du front.

20 octobre 1925: Cicatrice invisible, qui a eu l'avantage de faire disparaître toutes les rides. Pas de récurrence.

13 juillet 1926: Cicatrice excellente. Pas de récurrence.

OBSERVATION III

Amélie H..., 21 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 19 avril 1923.

Lupus tuberculeux de la région sous-maxillaire gauche, de la dimension d'une pièce de un franc. Apparu à l'âge de 2 ans. Traité par différents procédés: ignipuncture, scarifications profondes; celles-ci ont abouti à une plaie qui s'est infectée.

Pendant deux mois, du 22 novembre 1923 au 23 janvier 1924, applications, chaque semaine, de rayons infra-rouges.

20 janvier 1924: Examen histologique: follicules tuberculeux de petite taille disséminés dans le derme.

23 janvier 1924: Exérèse.

30 avril 1924: Cicatrice légèrement indurée à sa partie moyenne.

10 septembre 1925: Le lupus est remplacé par une cicatrice linéaire, souple, à peine visible.

16 juillet 1926: Même état de la cicatrice. Pas de récurrence.

25 avril 1928: Belle cicatrice à peine visible. Aucune récurrence.

OBSERVATION IV

Madeleine Com..., 13 ans 1/2.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 30 octobre 1923.

Lupus tuberculeux, non excedens, agminé, récidivant, de la joue gauche, de la dimension d'une grosse lentille, développé sur une cicatrice antérieure, séquelle d'un lupus apparu il y a 4 ans, et traité pendant un an par des scarifications.

31 octobre 1923: Ablation chirurgicale. 6 novembre 1923: Réunion par première intention.

19 janvier 1924: Cicatrice presque invisible, mais légèrement indurée. En raison de cette induration, trois séances de radiothérapie à raison de 5 H par séance. La cicatrice ne s'est guère modifiée.

10 décembre 1925: Cicatrice toujours parfaitement souple. Aucune récidive.

5 juillet 1926: Cicatrice parfaite, souple, consistant en une petite trainée blanchâtre assez esthétique. Pas de récidive.

8 décembre 1927: Cicatrice parfaite à peine visible, non indurée.

25 avril 1928: Cicatrice parfaite. Aucune récidive.

OBSERVATION V

Henri, Am..., 9 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 13 décembre 1923.

Lupus tuberculeux disséminé du visage: 1° lupus de la joue gauche au nombre de deux, de la dimension d'un gros pois, et apparus il y a deux ans, pendant un séjour à Berck; 2° lupus de la joue droite, apparus il y a un an, au nombre de deux, l'un gros comme un pois, l'autre comme une lentille.

2 janvier 1924: Examen histologique: hyperkératose; derme occupé par une bande de tissu lupique, dans lequel existent de nombreuses zones caséifiées et de belles cellules géantes.

Exérèse des lupus de la joue gauche.

4 février 1924: Cicatrice légèrement indurée, qui conduit à faire deux séances de radiothérapie l'une le 4 février, l'autre le 3 mars.

7 mai 1924: L'induration de la cicatrice persiste ; aussi a-t-on recours à des applications de neige carbonique.

22 octobre 1924: Disparition complète de l'induration de la cicatrice.

26 février 1926: Exérèse de chacun des deux lupus de la joue droite, situés exactement, l'un sur la région sous-palpébrale, l'autre sur la région malaire. Ces petits lupus ont été traités, sans résultats, par l'ignipuncture du 25 janvier 1924 au 20 août 1924, puis par des scarifications du 18 décembre 1924 au 24 février 1926.

22 avril 1926: Toutes les cicatrices des lupus sont satisfaisantes ; celle de la joue gauche étant moins visible, parce que beaucoup plus ancienne.

30 avril 1928: Les cicatrices sont en très bon état. Aucune récurrence.

OBSERVATION VI

Rachel W..., 17 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 21 janvier 1924.

Lupus tuberculeux de la dimension d'un gros pois, apparu depuis trois mois.

5 février 1924: Examen histologique: Dans le derme, nombreux follicules composés surtout de cellules lymphoïdes et de quelques amas de cellules épithélioïdes. Cellules géantes peu nombreuses.

15 février 1924: Exérèse.

5 mars 1924: Cicatrice longue de 1 centimètre 1/2, légèrement indurée.

30 octobre 1925: Cicatrice de moins en moins visible. Pas de récurrence.

15 avril 1928: Cicatrice souple à peine visible. Pas de récurrence.

OBSERVATION VII

Louise Beg...

Vue à la polyclinique Hillairet, le 2 février 1924.

Lupus tuberculeux de la dimension d'une lentille, siégeant sur le dos du nez.

Examen histologique: Dans le derme, de gros follicules tuberculeux avec des belles cellules géantes.

11 avril 1924 : Exérèse.

18 avril 1924: Réunion par première intention.

3 juillet 1924: Cicatrice à peine visible, surtout que la malade est atteinte de couperose.

OBSERVATION VIII

Anne Dau..., 4 ans 1/2.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 16 janvier 1925.

Petit lupus de la joue gauche, de la dimension d'un petit pois, apparu à l'âge de 3 ans.

16 janvier 1925: Exérèse.

23 janvier 1925: Cicatrice par première intention.

16 juillet 1926: Belle cicatrice à peine visible, marquée seulement par une traînée un peu rose et déprimée.

15 avril 1928: La malade, étant de le Midi, n'a pu être revue. Mais la cicatrice est, paraît-il, parfaite.

OBSERVATION IX

Pierre B..., 4 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 5 mars 1925.

Lupus tuberculeux au nombre de deux : l'un de la région malaire gauche, l'autre du bras droit.

5 mars 1925: Exérèse du lupus du bras.

9 mars 1925: Infection de la plaie opératoire.

7 mai 1925: Cicatrisation.

15 octobre 1925: Exérèse du lupus de la région malaire gauche qui, depuis sept mois, est traité sans résultat par des scarifications et l'ignipuncture.

5 novembre 1925: Cicatrice reposant sur une base légèrement indurée.

13 septembre 1926: La cicatrice de la joue gauche, longue de trois centimètres, est très esthétique, parfaitement souple, présentant seulement une teinte un peu plus rosée que celle de la peau normale.

La cicatrice du bras gauche a également bon aspect, quoique plus large, en raison de l'infection qui s'est greffée sur la plaie opératoire. Pas de récurrence.

20 avril 1928: Bel aspect des deux cicatrices. Pas de récurrence.

OBSERVATION X

François Com..., 43 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 11 juin 1925.

Lupus tuberculeux de la région zygomatique droite, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Apparu, il y a 18 mois chez un homme ayant présenté une hémoptysie.

Examen histologique montre qu'il s'agit d'un lupus tuberculeux.

13 juin 1925 : Exérèse.

8 juillet 1926 : Cicatrice allongée, un peu déprimée ; aucune récurrence.

3 février 1927 : Cicatrice parfaite.

10 avril 1928 : Cicatrice parfaite, sans récurrence.

OBSERVATION XI

Yvonne B..., 9 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 8 juillet 1925.

Lupus tuberculeux de la région massétérine gauche au

nombre de deux, l'un inférieur, plus grand, de la dimension d'une pièce de un franc ; l'autre supérieur, situé à un centimètre au-dessus du premier, moitié plus petit.

15 juillet 1925 : Exérèse.

17 décembre 1925 : Cicatrices parfaitement souples, larges de deux à trois millimètres.

12 juillet 1926 : Les cicatrices des deux lupus sont très esthétiques, souples, nullement chéloïdiennes, de coloration rosée, se confondant presque avec le reste de la peau.

Aucune récidue.

25 avril 1928 : Belles cicatrices à peine visibles. Pas de récidue.

OBSERVATION XII

Madeleine L..., 9 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 17 juillet 1925.

Deux lupus tuberculeux, l'un sur la joue gauche, apparu il y a un an, l'autre sur le côté droit du menton, apparu il y a huit mois, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

25 septembre 1925 : Exérèse des deux lupus.

L'intervention a été faite dans de mauvaises conditions, l'enfant ayant bougé.

21 octobre 1925 : Réunion par première intention.

29 octobre 1925 : Cicatrices satisfaisantes, mais celle du menton est légèrement indurée. Applications de neige carbonique.

10 janvier 1927 : Sur la cicatrice de la joue gauche, apparition de deux petits lupômes. Galvanocautére.

3 mars 1927 : La vitropression montre encore quelques points jaunes suspects. On continue le galvanocautére.

15 avril 1928 : Pas de récidue. Cicatrices d'assez bel aspect.

OBSERVATION XIII

Ernestine G..., 18 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 20 mars 1924.

Lupus tuberculeux disséminé du visage : 1° placard lupique sur la joue gauche, apparu il y a 4 ans, en même temps qu'une lésion de même nature sur les ailes du nez qui sont rétractées ; 2° autre placard lupique sur la région massétérine gauche, apparu il y a 2 ans ; 3° Autres petits placards disséminés sur la joue droite.

Ces lésions furent traitées par différents procédés : scarifications, neige carbonique, ignipuncture, du 20 mars 1924 au 17 septembre 1925.

17 octobre 1925 : Exérèse du lupus de la joue gauche.

17 novembre 1925 : Exérèse des trois petits lupus de la joue droite ;

6 février 1926 : Cicatrices légèrement indurées et surélevées, mais de coloration blanchâtre. Application de neige carbonique.

20 juin 1926 : Exérèse de deux petits lupus de la région massétérine gauche.

19 juillet 1926 : La cicatrice qui résulte de la dernière intervention n'a pas encore pris l'aspect blanchâtre des cicatrices anciennes.

26 mars 1927 : Sur la joue droite, à un centimètre et demi, en dehors de la cicatrice, il existe encore trois lupômes.

On fait de l'électrolyse.

6 juin 1927 : Persistance des points lupiques, malgré l'électrolyse.

15 juin 1927 : Exérèse chirurgicale de ces trois lupômes.

30 juin 1927 : Très bel aspect de la cicatrice, qui se fond déjà avec la peau avoisinante.

15 février 1928 : Les nodules du nez, malgré l'électrolyse, persistent. On en fait l'ablation chirurgicale.

26 février 1928 : Très belle cicatrice.



Fig. 1. — Obs. XIV



Fig. 2. — Obs. XIV

25 avril 1928 : Les cicatrices les plus anciennes sont à peine visibles. Les plus récentes sont en bon état.

Pas de récurrence.

OBSERVATION XIV

Robert T..., 26 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 21 janvier 1926.

Lupus tuberculeux de la région sourcilière gauche, occupant le sourcil, la paupière supérieure et l'angle interne de l'œil, et datant de 15 ans.

Il a déjà été traité, sans succès, en 1915-16, au Mans, par six séances de Radiothérapie, et du 21 janvier au 15 avril 1926, par des applications de neige carbonique.

20 avril 1926 : Le malade est présenté à M. H. Dupuy-Dutemps, qui décide de pratiquer une intervention en deux temps.

24 avril 1926 : Premier temps de l'intervention : blépharographie, puis greffe de la paupière supérieure.

28 mai 1926 : Deuxième temps : greffe de la région sourcilière.

A ce jour, la paupière supérieure est constituée par une peau blanche, mais de forme irrégulière.

10 juillet 1926 : Les greffes ont bien pris, mais restent de coloration blanchâtre.

Il existe un petit point rouge suspect, à l'angle interne de l'œil, mais la vitropression reste négative.

21 août 1926 : Le jeu de la paupière est parfait. Les greffons sont d'aspect blanchâtre, lisses, sauf quelques traînées rougeâtres. Pas de récurrence.

30 avril 1928 : Le greffon, au niveau du sourcil, est toujours assez visible. Cependant il devient de plus en plus rosé. Le greffon, au niveau de la paupière, est à peine visible; et les mouvements d'ouverture et de fermeture sont parfaits.

Aucune récurrence.

OBSERVATION XV

Marcel G..., 34 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 14 janvier 1926.

Grand lupus tuberculeux de la joue droite, de 5 centimètres sur 3 centimètres, apparu depuis l'âge de 6 ans.

Traité par des grattages, depuis plusieurs années, et par des applications de neige carbonique du 14 janvier au 7 mars 1926.

24 mars 1926 : Exérèse du placard lupique.

Le lambeau cutané mesure 6 centimètres sur 4 centimètres, et est donc assez considérable. Néanmoins, suture possible.

30 mars 1926 : Malgré la largeur du lambeau, cicatrice par première intention. Mais très légère déviation de la commissure labiale droite.

3 avril 1926 : Résultat très satisfaisant.

Persistance d'un peu de tiraillement de la commissure labiale droite, et de deux petits bourrelets cutanés à chaque extrémité de la suture.

17 juillet 1928 : Cicatrice de plus en plus souple. L'abaissement de la commissure devient de moins en moins marqué. Pas de récurrence.

25 avril 1928 : Bel aspect de la cicatrice.

Pas de récurrence.

OBSERVATION XVI

Marguerite C..., 15 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 30 juin 1926.

Lupus tuberculeux de la région zygomatique gauche, évoluant depuis six mois.

Exérèse.

12 juillet 1926 : La cicatrice se présente sous l'aspect d'une petite bande de 2 millimètres de largeur.



Fig. 5. — Obs. XV



Fig. 6. — Obs. XV

2 mars 1927 : Cicatrice parfaitement souple, peu visible.
Pas de récidence.

25 avril 1928 : Belle cicatrice. Aucune récidence.

OBSERVATION XVII

Paulette D..., 6 ans 1/2.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 1^{er} mai 1926.

Lupus tuberculeux de la joue droite, datant de un an, arrondi, à bordure surélevée, à contours polycycliques et squameux.

Examen histologique : lupus typique, follicules et cellules géantes.

24 mai 1926 : Exérèse chirurgicale.

6 novembre 1927 : Bonne cicatrice. Sans récidence.

20 avril 1928 : Cicatrice satisfaisante. Pas de récidence.

OBSERVATION XVIII

Louis R..., 12 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 7 novembre 1926.

Petit lupus vulgaire, sur la face externe du bras droit, de la dimension d'une pièce de cinq francs, apparu il y a 8 ans et augmentant lentement.

13 novembre 1926 : Exérèse.

28 novembre 1926 : La lésion étant complètement cicatrisée, l'enfant retourne en classe.

23 septembre 1927 : Cicatrice assez visible, non chéloïdienne, légèrement violacée, sans la moindre récidence.

21 avril 1928 : Belle cicatrice. Sans récidence.

OBSERVATION XIX

Joseph M..., 43 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 7 novembre 1926.

Lupus tuberculeux du corps, l'un sur la région latéro-cervicale droite, l'autre sur le genou gauche.

13 novembre 1926 : Exérèses.

22 novembre 1926 : Bon aspect des deux sutures.

23 février 1927 : Cicatrice du cou légèrement indurée. Cicatrice du genou violacée et assez large.

OBSERVATION XX

Eugène P..., 18 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 26 janvier 1927.

Lupus tuberculeux du menton, de forme allongée, de 2 centimètres sur 1 centimètre, et évoluant depuis 3 ans.

Exérèse.

4 février 1927 : Suture des bords satisfaisante.

10 mars 1927 : Bel aspect de la cicatrice.

10 avril 1928 : Belle cicatrice. Pas de récurrence.

OBSERVATION XXI

Carmen W..., 19 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 2 mars 1927.

Petit lupus de la joue gauche, circulaire, de 13 millimètres de diamètre, apparu il y a 1 an, et augmentant progressivement.

Exérèse.

7 mai 1927 : Cicatrice reposant sur une base légèrement indurée et visible.

25 mars 1928 : Très bel aspect de la cicatrice, qui est presque invisible, représentée par une bande de peau légèrement blanchâtre, couvertes de petites varicosités. Pas la moindre récurrence.

OBSERVATION XXII

Marcel P..., 6 ans 1/2.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 15 mars 1927.

Lupus tuberculeux de la joue gauche, grand comme une pièce de un franc, érythémateux et squameux, centré par une croûte, et apparu depuis 4 mois.

18 juin 1927 : Exérèse.

10 août 1927 : Cicatrice linéaire parfaite.

22 avril 1928 : L'enfant, étant en province, n'a pu être revu. Mais la mère nous a écrit que la cicatrice est en bon état, presque invisible, et sans récurrence.

OBSERVATION XXIII

André P..., 13 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 24 juin 1927.

Petit lupus de la région malaire gauche, arrondi, de la taille d'une grosse lentille, évoluant depuis 2 ans.

29 juin 1927 : Exérèse.

30 juillet 1927 : Cicatrice linéaire satisfaisante.

25 avril 1928 : Cicatrice à peine visible, souple.

Aucune récurrence.

OBSERVATION XXIV

Charles J..., 62 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 28 avril 1927.

Tuberculose verruqueuse de la paupière inférieure gauche. Lésion triangulaire occupant toute la paupière, de coloration rosée et mesurant 3 centimètres sur 18 millimètres.

29 avril 1927 : Examen histologique : hyperkératose et grosse infiltration dermique.

Examen pulmonaire : gros souffle bilatéral, dans les fosses sus-épineuses, avec pectoriloquie aphone.

Bacilles de Kock dans les crachats.

Amaigrissement.

19 mai 1927 : Le malade est opéré par M. Dupuy-Dutemps.

L'intervention comprend: 1° tarsoraphie, 2° exérèse de la lésion, 3° greffe d'un lambeau cutané pris à la face interne du bras.

26 mai 1927 : Bon aspect du greffon qui semble avoir bien pris.

15 juin 1927 : Belle cicatrice. Le greffon est assez visible.
Pas de récurrence.

20 février 1928 : Aucune récurrence.

OBSERVATION XXV

Hortense G..., 52 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 3 juillet 1927.

Lupus tuberculeux de la joue gauche, au niveau de la région malaire, au nombre de trois : deux lenticulaires, datant de 8 mois, le troisième à peu près arrondi, de un centimètre de diamètre, et datant de 25 ans.

Ce dernier lupus a déjà été traité, avant la guerre, par des pointes de feu.

6 juillet 1927 : Exérèse de deux lupus.

24 septembre 1927 : Cicatrice parfaite, sans induration, et peu visible.

16 novembre 1927 : Le dernier lupus est traité par l'électrolyse.

5 janvier 1928 : La cicatrice consécutive à l'exérèse de deux lupus est presque invisible et est constituée par une bande de peau rosée, large de un millimètre. La cicatrice consécutive à l'électrolyse est beaucoup plus apparente, et laisse une dépression profonde. Les résultats esthétiques de l'exérèse paraissent très supérieurs.



Fig. 7. — Obs. XXV



Fig. 8. — Obs. XXV



Fig. 3. — Obs. XXVI



Fig. 4. — Obs. XXVI

OBSERVATION XXVI

Leucia J..., 24 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 7 juillet 1927.

Lupus tuberculeux de la face, caractérisés par deux nappes lupiques, l'une sur la joue gauche, l'autre à la région sous-palébrale droite, de dimension sensiblement égale, mesurant 5 centimètres sur 1 centimètre. Ces lupus évoluent depuis 3 ans,

14 septembre 1927 : Exérèse du lupus situé à la joue gauche. Légère déviation de la commissure labiale gauche après intervention.

23 septembre 1927 : Suture en très bon état.

5 octobre 1927 : Pour le lupus de la région sous-palébrale droite, afin d'éviter une rétraction de la paupière après l'intervention net des troubles oculaires consécutifs, on procède de la façon suivante : 1° exérèse, 2° pose d'un greffon prélevé sur la région deltoïdienne gauche, mais qui ne recouvre pas entièrement la plaie opératoire.

Bel aspect de la cicatrice de la joue gauche ; la déviation de la commissure a disparu.

12 octobre 1927 : Le greffon paraît adhérer. Mais la réunion par première intention de la portion non greffée de la plaie est incomplète.

20 octobre 1927 : Il existe deux portions bien distinctes : l'une constituée par le greffon de couleur blanchâtre, l'autre sans greffe, où les bords, qui n'ont pu être rapprochés, présentent une saillie épidermique.

20 novembre 1927 : La bordure saillante de la plaie prend un aspect analogue à la peau avoisinante.

Il ne se forme pas un tissu cicatriciel, mais une reconstitution épidermique.

27 avril 1928 : La cicatrice située au niveau de la joue gauche est en très bon état ; pas de récurrence.

Sur la joue droite, la portion greffée est très apparente

par sa couleur blanchâtre. Comparativement, l'autre portion, malgré que la réunion par première intention n'ait pu avoir lieu, présente un aspect beaucoup plus esthétique. Elle est beaucoup moins apparente et a un aspect analogue à la peau avoisinante.

OBSERVATION XXVII

Mathilde T..., 54 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet, le 23 août 1927.

Lupus tuberculeux de la joue droite, évoluant depuis un an et mesurant 6 centimètres sur 5 centimètres.

28 septembre 1927 : Exérèse.

15 octobre 1927 : Déviation marquée du visage ; déplacement vers la droite de la commissure labiale droite.

5 novembre 1927 : Atténuation très nette de la déviation de la commissure droite.

Bel aspect de la suture.

1^{er} décembre 1927 : L'affaissement du côté gauche du visage est très nettement moins marqué.

Cicatrice du lupus parfaite.

7 mars 1928 : La déviation de la commissure droite a totalement disparu.

25 avril 1928 : Après les applications de neige carbonique, la cicatrice est devenue très souple et est parfaite. Pas de récidives.

OBSERVATION XXVIII

Armand S..., 39 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet, le 28 novembre 1927.

Le malade présente un lupus tuberculeux de la joue droite de forme triangulaire, mesurant 7 centimètres à sa base et 3 centimètres de hauteur, apparu à l'âge de 7 ans, et ayant déjà été traité à Copenhague par la finzenthérapie.

D'autre part, il existe sur le genou gauche, sur la région cervicale, sur les régions massétérides, des cicatrices de lupus traitées antérieurement et guéries à Copenhague par la finzenthérapie. L'un d'eux, cependant, au niveau de la région cervicale, n'ayant rétrocedé que partiellement à la photothérapie, a dû être enlevé chirurgicalement. La guérison des autres lupus par la finzenthérapie a été extrêmement lente et n'a été constatée qu'au bout de 10 mois à 1 an environ.

Le malade, de retour en France, demande à la polyclinique Hillairet, l'exérèse chirurgicale du lupus de la joue droite.

7 décembre 1927 : Exérèse chirurgicale.

14 décembre 1927 : La suture tient bien. En raison de la taille assez grande du lupus, il y a une légère déviation de la commissure labiale droite.

30 décembre 1927 : La cicatrice se présente sous un aspect assez esthétique. La déviation de la face a presque disparu.

20 avril 1928 : la cicatrice est en bon état. Pas de récurrence.

OBSERVATION XXIX

Ferdinand B..., 18 ans.

Vu à la polyclinique Hillairet en février 1926.

Lupus tuberculeux de la dimension d'une petite paume de main, à niveau de la joue gauche et datant de dix ans.

Il a été traité sans succès par des applications de neige carbonique et le galvanocautère de février 1926 au 21 décembre 1927.

21 décembre 1927 : Exérèse chirurgicale.

29 décembre 1927 : Malgré la surface du lambeau cutané enlevé, la suture des bords a pu être effectuée et la réunion par première intention a eu lieu.

20 février 1928 : La cicatrice repose sur une base indurée. Applications de neige carbonique.

20 avril 1928 : Cicatrice satisfaisante, souple. Pas de récurrence.

OBSERVATION XXX

Sarah W..., 16 ans.

Vue à la polyclinique Hillairet le 3 janvier 1928. Lupus tuberculeux au niveau de la face dorsale de la main droite, mesurant 6 centimètres sur 4 centimètres et apparu il y a dix ans.

Il a déjà été traité sans résultat par les rayons ultra-violets.

11 janvier 1928 : Exérèse.

26 janvier 1928 : La suture a un excellent aspect.

15 avril 1928 : Bon état de la cicatrice, qui est un peu large, mais très souple.

CONCLUSIONS

Le lupus tuberculeux de la peau doit être traité par l'exérèse chirurgicale pure et simple, suivie de la suture immédiate des bords, toutes les fois que cette méthode est possible, c'est-à-dire :

— Quand il est de taille petite ou moyenne.

— Quand il siège sur les parties du corps recouvertes, et que les dimensions du lambeau cutané enlevé permettent la suture des bords.

— Quand il n'est pas localisé à des sièges particuliers, lupus des narines et lupus du pavillon de l'oreille.

Cette méthode a l'avantage :

d'être rapide,

d'être indolore,

d'être très simple et peu onéreuse,

de donner de belles cicatrices,

d'exposer exceptionnellement à des récidives.

Quand la réunion par première intention paraît impossible, on doit faire suivre l'exérèse, de la pose d'un greffon. Elle doit être faite immédiatement, dans la même séance opératoire.

En aucun cas, il ne nous semble avantageux de laisser

un intervalle de vingt jours entre l'exérèse du lupus et la pose du greffon.

Quelle que soit la méthode locale employée, il y a toujours intérêt à instituer simultanément, un traitement général antituberculeux.

Il est très important de faire le diagnostic très précoce de lupus tuberculeux. C'est lorsqu'il est encore de petite taille qu'on a le plus de chance de guérir radicalement le malade par l'exérèse chirurgicale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

M. CHARLETY.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

E. JEANSELME.

BIBLIOGRAPHIE

- BROCQ. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1900. IV^e Congrès international de Dermatologie, Paris.
- *Traitement des maladie de la peau*.
- *Bulletin médical*, 1918, n^o 44.
- CARNOT et HARVIER. — *Thérapeutique*. Traité GILBERT et FOURNIER.
- COTTENOT. — *Electrologie, radiologie, radiumthérapie*. *Traité de Pathologie Médicale* de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX.
- CULCER MAX. — *Traitement chirurgical de certains lupus par l'exérèse large au bistouri suivie de greffes dermo-épidermiques*, Thèse de Paris, 1925.
- DARIER. — *Traité de Dermatologie*.
- DEGRAIS et BELLOT. — *Curiethérapie des lésions tuberculeuses de la peau et des adénopathies bacillaires*. — *Presse Médicale*, février 1928.
- DUBREUILH. — *Dermatologie*. Collection Testut.
- DUCOURTIOUX. — *Thèse de Paris*, 1927.
- FAUBARD. — *Thèse de Paris*, 1895.
- HALKIN, FRANÇOIS, DEKEYSER. — *III^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française*. Bruxelles 1926.

- HÁLOPPEAU et LEREDDE. — *Traité de Dermatologie*.
- JEANSELME et BURNIER. — *Le traitement des tuberculoses cutanées par les sels d'or*. — *Journal de Médecine et de Chirurgie*, février 1928.
- LANG. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1900. IV^e Congrès international de Dermatologie, Paris.
- LEGRAND. — *Traitement du lupus*. Thèse de Paris, 1897.
- LEREDDE. — *Thérapeutique des maladies de la peau*.
- LOUSTE. — *Thérapeutique, Photothérapie. Traité de Pathologie Médicale* de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX.
- LOUSTE et THIBAUT. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1926. III^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, Bruxelles.
- LOUSTE, THIBAUT et DUPUY-DUTEMPS. — *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, Mars 1927.
- MOURE. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, Mars 1924.
- NÉLATON. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1897.
- *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1900. IV^e Congrès International, Paris.
- RAVAUT. — *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1926. Congrès de Strasbourg.
- THIBAUT. — *Le traitement du lupus tuberculeux de la peau. Les avantages de l'exérèse*. *Journal de Médecine de Paris*, Décembre 1927.
-

